

(様 式 第 1 号)

通所施設通所交通費助成申請書

令和 年 月 日

(あて先) 千 葉 市 長

私は、次の事項（○印）について申請します。

[新規・第2回目以降]

対 象 者	氏 名	カナ		連 絡 先 電話番号				
		漢 字		連 絡 先 メールアドレス	@			
	生 年 月 日	明治・大正・昭和・平成 令和 年 月 日						
	住 所	千葉市 区				手 帳 番 号		
						千葉市 号		
	生活保護 の受給	有 ・ 無		(有の場合) 移送費の支給		有 ・ 無		
振込口座	該当する場合は右の ☐ にチェックを記入			☐	前回の振込口座から変更なし			
	(新規の方または第2回目以降で前回の振込口座から変更がある方のみ記入)							
	金融機関名			支 店 名				
	預 金 種 別	普通 ・その他 ()		口 座 番 号				
	フリガナ							
	口座名義人							
通所施設								
通所に関する交通手段	N 0	鉄道・バスの別	区間			費用		
	1		～					
	2		～					
	3		～					
	4		～					
月当たりの 交 通 費		月	月	月	計 (往復の合計)			
備 考								

注) 「費用」欄は、1ヶ月の定期券料金を記入する。なお、定期券によらない場合は、片道の交通費を記入する。

※「計」の欄には往復の合計を記入して下さい。

2箇所以上の通所施設を利用する場合は、「備考」欄に記載する。

(裏面に続く)

以下について同意する場合は□にチェックを記入して下さい。

☐	申請受付後、この申請の審査及び助成額の決定のために必要な場合は、私の生活保護受給状況及び中国残留邦人等支援給付の受給状況について、調査・確認されることに同意します。
--------------------------	--

保健福祉センター 受 理	
-----------------	--